

ANNÉE 1937

N°

THÈSE 394

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

BESIKOWITCH IWAN-ISAAC

Né le 9 décembre 1900 à Berdiansk (Russie)

**Contribution à l'étude
du Traitement de la péritonite
tuberculeuse par les rayons
U.V. et par les rayons Röntgen**

Président : M. LOEPER, Professeur.

LIBRAIRIE L. RODSTEIN
17, rue Cujas, 17
PARIS (V°).

1937

ANNÉE 1937

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

BESIKOWITCH IWAN-ISAAC

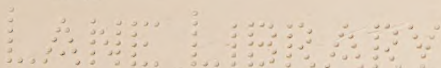
Né le 9 décembre 1900 à Berdiansk (Russie)

**Contribution à l'étude
du Traitement de la péritonite
tuberculeuse par les rayons
U.V. et par les rayons Röntgen**

Président : M. LOEPER, Professeur.

LIBRAIRIE L. RODSTEIN
17, rue Cujas, 17
PARIS (V°).

1937



LE DOYEN : ROUSSY

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	POLANOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN
Pathologie médicale	ABRAMI
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Thérapeutique	HARVIER
Hygiène et médecine préventive	TANON
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET
Clinique médicale	LOEPER
Hygiène et clinique de la première enfance	CARNOT
Clinique des maladies des enfants	CLERC
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Marcel LABBE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEREBoullet
Clinique des maladies du système nerveux	NOBECOURT
Clinique des maladies infectieuses	H. CLAUDE
Clinique chirurgicale	GOUGEROT
Clinique ophtalmologique	GUILLAIN
Clinique urologique	LEMIERRE
Clinique d'accouchements	CUNEO
Clinique gynécologique	GOSSET
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	GREGOIRE
Clinique thérapeutique médicale	LENORMANT
Clinique oto-rhino-laryngologique	TERRIEN
Clinique thérapeutique chirurgicale	MARION
Clinique propédeutique	BRINDEAU
Clinique de la Tuberculose	COUVELAIRE
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	JEANNIN
Cardiologie clinique	MOCQUOT
Professeurs sans chaire	OMBREDANNE
	RATHERY
	LEMAITRE
	Pierre DUVAL
	SERGEANT
	BEZANÇON
	MATHIEU
	LAUBRY
	HOVELACQUE
	MULON
	OLIVIER
	VERNE

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgi- cale.	LAROCHE Guy ..	Pathologie médicale.
BARIETY	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BENARD Henri	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathologie expéri- mentale.
BERNARD Etienne	Pathologie médicale.	LEVEUF	Pathologie chirurgi- cale.
BESANÇON Justin	Hydrologie.	Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
BOULIN	Pathologie médicale.	LEVY-VALENSI ..	Neurologie et Psy- chiâtrie.
BULLIARD	Histologie.	MENEGAUX.....	Pathologie chirurgi- cale.
CATHALA	Pathologie médicale.	MOLLARET	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.	MOREAU	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.	MOULONGUET ..	Pathologie chirurgi- cale.
DOGNON	Physique.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
FEY	Urologie.	OBERLING	Anatomie pathologi- que.
FUNCK	Pathologie chirurgi- cale.	PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgi- cale.
GALLIARD	Parasitologie.	PIEDELIEVRE ..	Médecine légale.
GASTINEL	Bactériologie.	PORTES	Obstétrique.
DE GAUDART ..		RENARD	Ophthalmologie.
D'ALLAINES ..	Pathologie chirurgi- cale.	RICHET	Physiologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.	SANNIE	Chimie biologique.
GAYET	Physiologie.	SENEQUE	Pathologie chirurgi- cale.
GIROUD	Histologie.	TROISIÈRE	Pathologie expéri- mentale.
HAGUENAU	Pathologie médicale.	TURPIN	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngolo- gie.	VIGNES	Obstétrique.
HAZARD	Pharmacologie.	WILMOTH	Pathologie chirurgi- cale.
HUGUENIN ...	Anatomie pathologi- que.		
JOANNON	Hygiène.		
LACOMME	Obstétrique.		
LANTUEJOUL ..	Obstétrique.		

III. AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgi- cale.	LARDENOIS	Pathologie chirurgi- cale.
BUSQUET	Pharmacologie.	LEROUX	Anatomie pathologi- que.
CHAILLEY-BERT ..	Physiologie.	NEVEU-LEMAIRE ..	Parasitologie.
GUENIOT	Obstétrique.	PHILIBERT	Bactériologie.
		VAUDESCAL	Obstétrique.

88761

IV. — AGRÉGÉS CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE .	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale
AUBERTIN		BROCQ	
BRULE		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER ...	
CHIRAY		HEITZ-BOYER .	
DONZELOT ...		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		SCHWARTZ ...	
PASTEUR- VALLERY-		VELTER	
RADOT			
SEZARY			

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
LE LORIER	
LEVY-SOLAL	
METZGER	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798 l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

ET DE MA MERE.

A MES SŒURS ET A MES FRERES.

*En témoignage de très profonde affection
et de très grande reconnaissance pour
tout ce qu'ils ont fait pour moi.*

*
* *

A MES PARENTS.

A M. LE PROFESSEUR LOEPER

*Professeur de la Clinique Médicale
à la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie de Médecine,
Médecin de Saint-Antoine.*

*Qui nous a fait le grand honneur de bien
vouloir présider cette thèse.*

*Avec le témoignage de notre respectueuse
gratitude.*

A MON MAITRE,

M. LE DOCTEUR J. SOLOMON,

Radiologiste de l'Hôpital Saint-Antoine,

*Qui a bien voulu nous inspirer le sujet
de cette thèse et nous a constamment guidé
au cours de ce modeste travail, par ses pré-
cieux conseils.*

*Qu'il veuille bien trouver ici l'expression
de notre profonde reconnaissance et de no-
tre respectueuse admiration pour son en-
seignement radiologique et son bienveillant
accueil dans son service.*

A M. LE DOCTEUR Paul GIBERT,

*Radiologiste des Hôpitaux de Paris
Radiologiste de l'Hôpital Hérôld.*

et

A M. LE DOCTEUR André BISSON,

*Radiologiste de l'Hôpital Américain
et de l'Hôpital Léopold-Bellan.*

*Dont la grande expérience a guidé notre
formation dans la spécialité et a contribué
à nous en donner le goût.*

*Qu'ils trouvent ici l'expression de notre
vive reconnaissance et de notre profond
attachement.*

A M. LE DOCTEUR Jacques BUSY

Radiologiste des Hôpitaux

*Qui nous a toujours témoigné tant de
bienveillance qu'il trouve ici nos affectueux
remerciements.*

A NOS COLLEGUES DU LABORATOIRE CENTRAL
DE RADIOLOGIE DE L'HOPITAL SAINT-ANTOINE.

Mme DE BERGMAN,
Mme COULOMBEIX,
MM. GUILLAUMONT,
ORDIONI,
JAUDEL,
VITENSON,
CLENET,
DROGUET.

*Avec qui nous avons collaboré toujours
en parfait accord.
En témoignage de nos sentiments confrat-
ernels.*

MEIS ET AMICIS.

INTRODUCTION et HISTORIQUE.

Nous lisons dans une thèse de Paris de 1936, où l'auteur consacre des longues pages aux différents traitements de la péritonite tuberculeuse, un petit passage concernant de la radiothérapie de l'affection : « La Røentgenthérapie a permis de publier quelques observations heureuses dans les formes ulcéro-caséuses. Elle provoquerait le développement de tissu fibreux, ce qui est souvent fâcheux mais amène la guérison qui est souvent lente dans ces formes. Néanmoins, son emploi doit être réservé à des cas exceptionnels ». C'est l'état actuel très répandu malheureusement, de la question.

Revenons un peu plus en arrière. Nous trouvons les références encore moins encourageantes dans une enquête internationale de 1926 sur les traitements de la péritonite tuberculeuse. Prenons les avis les plus caractéristiques.

— « Je ne fais aucune mention des rayons X, que je considère comme dangereux dans toutes les tuberculoses localisées » — (Prof. J. L. Pech, Montpellier).

— « Nous pensons qu'ils peuvent avoir peut-être une action utile sur certaines formes d'adénopathie mesentérique. Nous pensons que c'est une médication

assez aveugle, qui peut avoir des dangers ». — (Dr Gérard Monod, médecin-directeur du Sanatorium de Gourmettes).

— « J'emploie beaucoup les rayons U.V. (faute de soleil), jamais la radiothérapie » — (Prof. agrégé Brulé).

— « J'ignore l'action des R. X. » — (Dr. Bufnoir, Chirurgien, Cannes).

— « Les rayons X apparaissent comme absolument condamnables ; dans cette maladie (la péritonite tuberculeuse), comme *dans bien d'autres*, ils ont fait faillite ». — (Dr. Léo. ex-Chef de clinique de l'Hôpital Necker, chirurgien de l'Hôpital de Trouville-sur-Mer).

— Le Professeur agrégé de Jong écrit de son côté (ce qui exprime l'opinion générale) « Je me méfie de la radiothérapie qui est dangereuse et que je n'emploie pas ».

Comparons ces réponses à celles venant en même temps de l'étranger.

Prof. W. His de la faculté de Médecine de Berlin a vu de très bons résultats de la roëntgenthérapie post-opératoire.

Prof. Frugoni de l'Université de Florence : — « Rayons X donnent d'excellents résultats dans le traitement de la péritonite tuberculeuse ».

Faisons maintenant une revue sommaire de l'évolution du traitement de la péritonite tuberculeuse depuis des révulsions locales des anciens jusqu'à nos jours.

Le traitement médical de la péritonite tuberculeuse qui fut le seul jusqu'au siècle dernier prouva fréquemment son impuissance. Repos au lit, cure d'air, cure de

soleil, même, n'ont pu résoudre que partiellement ce problème de la thérapeutique.

Les injections d'oxygène ont donné quelques succès, mais en même temps des incidents mortels qui ont obligé à abandonner ce procédé.

En 1862, Spencer Wells prit une péritonite tuberculeuse enkystée pour un kyste de l'ovaire. Après l'ouverture de l'abdomen et la constatation de son erreur, il assista, plus tardivement, à une guérison inespérée de cette malade.

Ainsi le traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse a pris sa naissance.

Depuis les chirurgiens procèdent souvent à la laparatomie et ils ont parfois des cas de guérison. On a eu l'idée d'exposer le péritoine ouvert à l'action de l'air et de la lumière.

Citons encore la ponction, les lavages, le drainage.

Enfin pour Salkin, le pneumopéritoine est la thérapeutique de choix de la maladie. Selon cet auteur, les autres traitements doivent être considérée comme périmés.

L'emploi des extraits méthyliques tuberculiniques et la sérothérapie n'ont pas donné des preuves suffisantes.

Les rayons U.V. ont pu modifier favorablement la situation quasi désespérée du traitement de la péritonite tuberculeuse. L'actinothérapie a enregistré des succès incontestables, malheureusement le plus souvent de caractère temporaire.

La Rœngenthérapie restait longtemps gênée par

l'imperfection de l'outillage radiothérapique. Mais depuis la filtration et la mesure exacte et précise des irradiations, l'application de R. X. dans le traitement de la péritonite bacillaire, en particulier, est devenue possible.

Nous essaierons dans ce travail d'expliquer d'une part, l'égarement de certains et d'autre part, de mettre en évidence l'action bienfaisante des Rayons U. V. et surtout celle de R. X.

ACTION DE R.U.V. ET DE R.X.

Sans insister sur l'action biologique de rayons U.V. qui a été longtemps discutée et étudiée, citons la conclusion la plus admise que le R.U.V. restant directement inefficaces contre les lésions tuberculeuses agissent indirectement sur le processus morbide par les modifications générales de l'organisme telles que : augmentation de globules rouges, hypercalcémie, hyperphosphatémie, stimulation du système nerveux, augmentation des forces et du poids.

Le soleil agit dans les affections tuberculeuses surtout par ses rayons ultra-violets. Les R.U.V. les plus actifs sont compris entre 3.000 Angström et 2.225 Angström. Mais ces irradiations sont absorbées par l'atmosphère avant d'arriver à la surface terrestre. Les R.U.V. qui arrivent sur la terre sont à partir de 3.000 Angström et au dessus.

Dans les cas légers, les R.U.V. nous ont donné toute satisfaction ; nous les avons employés aussi comme un

adjuvant extrêmement utile dans le traitement de la péritonite tuberculeuse par les R.X. en intercalant les séances des U.V. entre les séries des R.X. ou entre les séances des R.X.

Dans les cas où il s'agit d'une forme plus grave, comme par exemple à des lésions caseuses, les U.V. se montrent impuissants.

Les U.V. ont une action microbicide mais ils sont absorbés par quelques dixièmes de millimètres de profondeur de la peau.

D'ici découle le premier avantage des R.X. En réglant la pénétration nous pouvons faire arriver les R.X. au niveau presque de la lésion et y faire apparaître son action.

L'action des R.X. sur le bacille de Koch est insignifiante. Haberland et Klein de Cologne ont repris les expériences anciennes avec une instrumentation moderne plus puissante et n'ont cependant pu que confirmer l'inefficacité absolue des R.X. sur le bacille de Koch. L'action des R.X. se manifeste surtout sur le tissu tuberculeux lui-même, qui contient deux éléments radiosensibles : les cellules lymphatiques et les cellules épithéloïdes. Cette action consiste en une destruction élective de ces éléments qui est d'autant plus sûre que ces éléments sont jeunes et se trouvent en pleine activité de prolifération. Plus le cas sera récent et plus on y supposera de karyokineses, plus il sera apte au traitement radiothérapique.

En plus il faut considérer l'action stimulante indirecte des R.X. sur le tissu conjonctif normal qui enva-

hira le foyer malade et l'amènera après la résorption des cellules détruites, à la cicatrisation.

D'où deux précieuses indications pour la technique à employer: les doses des R.X. doivent être assez fortes pour détruire les éléments pathologiques, mais pas trop fortes pour ne pas léser la vitalité du tissu conjonctif.

Parfois la prolifération du tissu conjonctif peut avoir des conséquences fâcheuses, se manifestant par une tendance sténosante dans les formes fibro-adhésives de la péritonite tuberculeuse. Mais dans les cas de guérisons spontanées ou après le traitement médical ou l'intervention chirurgicale nous ne sommes pas garantis contre cette éventualité possible.

Le rayonnement de Röntgen utilisé par un processus faisant intervenir l'effet Compton répété, aboutit à un effet physico-chimique présentant beaucoup d'analogie avec celui produit par les radiations U.V.

ETIOLOGIE, PATHOGENIE, FORMES CLINIQUES ET LEUR TRAITEMENT RESPECTIF.

Un fait est important que Grisolle a mis en relief : la péritonite bacillaire frappe ordinairement des sujets bien portants en apparence. Les poumons d'abord intacts et ne présentent que secondairement des lésions pleuro-pulmonaires. Dans un grand nombre de cas, la péritonite tuberculeuse demeure pendant un temps plus ou moins long une manifestation unique et isolée de l'infection bacillaire ou tout au moins, elle est la lésion de beaucoup prépondérante.

Le Bacille de Koch peut arriver à la séreuse abdominale par l'une de ces trois voies :

1° — Propagation directe et envahissement par continuité de tissus. Comme par exemple la pelvi péritonite tuberculeuse de la femme, par inoculation, sur le péritoine pelvien des bacilles venus des trompes.

2° — Propagation discontinue ou distante par la voie lymphatique où la péritonite résulte d'une lymphadénite bacillaire.

3° — Propagation par la voie sanguine. Il y a une bacillemie préalable. Ce mécanisme est indéniable dans les granulies aiguës, avec semis diffus de granulations sur la séreuse ; il intervient encore dans maintes formes

pleuro-péritonéales et même dans certaines tuberculoses péritonéales isolées.

Le tubercule péritonéal, comme partout ailleurs, peut évoluer sous ces trois types essentiels :

1° — Rester à l'état de granulation grise en déterminant la transudation d'une sérosité ou la production d'un exsudat séro-fibrineux.

2° — Subir le ramolissement caseux et la fonte ulcéreuse.

3° — Evoluer vers la sclérose de guérison.

De là ces trois formes cliniques principales.

Formes aiguës, granuliques, localisation péritonéale d'une tuberculose généralisée, se traduisant par un minimum de symptômes d'atteinte du péritoine et dont le traitement reste le plus souvent sans résultat.

A la suite, nous plaçons la tuberculose péritonéale subaiguë, formes classiques de Ferney et Boulland, forme à localisation péritonéale et pleurale qui peut évoluer en granulie ou se transformer en forme fibro-caseuse, devenant alors accessible au traitement local en particulier par les irradiations Röntgen.

Formes chroniques : 1° la forme ascitique dite ascite essentielle des jeunes filles, décrite par Grisolle. Cette forme peut être précédée ou accompagnée par une pleurésie. Elle débute, le plus souvent par une température modérée et quelques troubles digestifs, une ascite qui domine la scène. Il n'est pas rare de voir guérir cette forme spontanément ou évoluer vers la forme ulcéro-caseuse. Radiothérapie et Héliothérapie de la forme ascitique nous ont donné des résultats positifs,

2° La forme fibro-caseuse dans le cas où elle suit la forme ascitique commence par le fait que le liquide ascitique se résorbe, la cavité péritonéale se cloisonne, un empâtement local et des masses de gâteaux répondent aux paquets d'anses incluses dans les fausses membranes. A la percussion on trouve un mélange irrégulier, « en damier » de zones mates, submates et sonores.. La persistance de la fièvre, l'abondance des sueurs, les frissonnements irréguliers, la dénutrition progressive, indiquent l'évolution vers le ramolissement caséeux et la fonte ulcéreuse. L'évolution se fait le plus souvent, par poussées successives.

C'est l'indication principale de la Roëntgenthérapie avec les R.U.V. comme adjuvant.

Souvent ces malades sont adressés à la radiothérapie trop tard après l'échec des autres traitements.

3° Forme fibreuse, fibro-adhésive ou symphysaire ayant ordinairement le début ascitique. En quelques semaines l'épanchement séreux se résorbe, la fluctuation perd sa netteté, la surface sonore s'accroît, la consistance du ventre devient plus ferme. Au palper on trouve de petits gâteaux péritonéaux ou des nodosités épiploïques en voie de diminution progressive. Cette forme d'évolution bénigne.

Au début de cette forme l'application des R.X. est sans danger, mais plus tard, des complications comme la sténose peuvent survenir.

Quelques mots sur les formes localisées de la péritonite tuberculeuse. Ce sont des formes viscéro-périto-

néales à plastron, formant des tumeurs, des tuberculomes.

1° — La pelvi péritonite, forme à plastron, le petit bassin est transformé en un bloc fibro-caséeux, il y a la constipation opiniâtre, des troubles de la miction, température.

2° — Tuberculose iléo-cœcale, pérityphlite tuberculeuse, de diagnostic difficile avec l'appendicite.

3° — Tuberculose du carrefour sous-hépatique à syndromes pylorique ou duodénal, de diagnostic difficile avec les cholécystites.

4° — Tuberculose entéro-péritonéale de l'angle iléo-cœcal, du grêle, du sigmoïde sous-phrénique.

Ces formes comme les précédentes, sont traitées avec succès par les irradiations.

L'INTERVENTION CHIRURGICALE OU L'HELIOTHÉRAPIE ?

Voici quelques avis concernant cette discussion :

— Prof. Fernand Besançon : « Je crois qu'il ne faut pas recourir le plus souvent à l'intervention chirurgicale et j'ai eu dans mon service un cas très grave qui a été très amélioré par les R.U.V. lesquels à défaut de l'héliothérapie sont le traitement de choix ».

— Prof. Marcel Labbé : « Je ne vois pas de cas où l'intervention chirurgicale soit nécessaire contre la péritonite tuberculeuse ».

— Dr. P. Armand Delille : « La laparatomie est presque toujours pour ne pas dire toujours inutile. Il

faut faire une paracenthèse, s'il y a beaucoup de liquide, mais l'héliothérapie guérit tout à elle seule ».

Donc nous considérons que la laparatomie est le plus souvent inutile. L'intervention chirurgicale est indiquée dans les cas urgents de complications mécaniques.

Selon G.H. Wagner de Prague l'intervention chirurgicale n'est pas la méthode de choix. On connaît le danger de l'opération dans le traitement de la péritonite tuberculeuse : nécessité de grandes excrèses, mortalité primaire élevée, formation de fistules, cicatrisation difficile de la plaie abdominale, apparition d'une tuberculose milliaire après l'intervention.

TRAITEMENT PAR L'HELIOTHÉRAPIE.

Armand Delille définit ainsi l'action de l'héliothérapie : « Elle donne des résultats si excellents qu'entendre préconiser d'autres modes de traitements pour cette affection paraît vraiment surprenant. Seule l'héliothérapie générale permet d'obtenir une guérison complète en stimulant la résistance de tout organisme et faisant regresser l'infection ».

Nous sommes moins affirmatifs, l'expérience à l'hôpital Saint-Antoine nous a fait penser que l'indication de l'héliothérapie serait la forme ascitique simple, la forme fibreuse, la forme anascitique, les formes de la péritonite localisée, les formes subaiguës avec température peu élevée, avec quelques gâteaux périnéaux.

L'amélioration, même la guérison, peut être obtenue à la condition que le traitement soit précoce.

La durée du traitement varie de trois mois à un an et plus.

Poncet et Leriche déconseillent l'héliothérapie dans les formes fébriles en voie d'accroissement.

Quant au traitement par l'héliothérapie artificielle, il présente des avantages appréciables : commodité d'application, parfois même une efficacité plus certaine.

Nous citons quelques statistiques à la suite de Saiman.

Laquer et Lasser sur 21 cas donnent 15 améliorations ou guérisons et 6 cas non influencés dont 3 formes sans ascite et 2 avec localisation pulmonaire.

Hamburger et Mayer donnent 50% de guérison dans les mêmes formes.

Pfefferkom sur 43 cas signale 3 décès, 3 aggravations, 4 sans changement et 33 très améliorés, soit 77%.

Budde en faisant moins de 30 séances. Sur 20 cas : 8 malades améliorés, 10, non influencés, 2 décédés.

En faisant un nombre de séances variant entre 30-200 : Sur 15 cas : 2 guéris, 10 améliorés, 1 non influencé, 2 décédés.

En 1923, Cordier de Lyon donne un schéma suivant pour les R.U.V. :

1° Formes limitées ou avec adhérences plastiques : excellents résultats après deux mois par les U.V. et le soleil.

2° Formes ascitiques peu enflammées doivent être ponctionnées et traitées par les R.U.V. et le soleil. Si récive : opération.

3° Formes fibro-caséuses nécessitent un long trai-

tement combiné de R.U.V. et de soleil. Durée un an et plus.

4° formes ascitiques avec réaction inflammatoire serait la contre-indication des R.U.V.

Quant à nous, il faut reconnaître que les résultats de l'actinothérapie ne sont pas toujours excellents et que l'action local des R.U.V. n'est pas toujours très appréciable.

ROENTGENTHERAPIE DES PERITONITES TUBERCULEUSES.

C'est en 1898 que Ausset et Rédard en France, et Bircher en Suisse parlent pour la première fois du traitement de la péritonite tuberculeuse par les R.X. Mais quelque temps après cette question tombe dans un oubli, les publications la concernant sont excessivement rares et on n'en peut guère citer que les travaux de E. Albert Weil. Et ensuite, grâce à la persévérance de mon maître Monsieur Solomon que cette thérapeutique doit être considérée comme une arme très puissante.

Au début — presque toujours, souvent maintenant — les malades sont adressés dans un service de la radiothérapie après avoir essayé toutes les thérapeutiques possibles : opération, cure d'air, traitement général, héliothérapie naturelle et artificielle. Cela explique qu'un certain nombre de malades nous sont arrivés en état de faiblesse extrême. Et, cependant, même dans ces cas, où toute autre thérapeutique a échoué, nous avons obtenu des résultats inespérés.

Si l'emploi de doses faibles de rayonnement peu pénétrants a pu donner de bons résultats, l'emploi d'un rayonnement pénétrant et filtré a augmenté considérablement le pourcentage de guérison.

En 1907, Bircher précise déjà les indications des R.X. dans :

1° Les cas se rapportant à une forme adhésive ou plastique pour laquelle l'opération a peu de chances de succès.

2° Le cas qui par suite d'une cachexie avancée est interdit à toute intervention chirurgicale.

3° Dans les formes exsudatives où l'exsudat n'est pas dissipé 2-3 semaines après l'opération ou dans le cas où l'opération a échoué et récurrence est survenue.

4° Le cas où le malade ne veut pas se soumettre à une intervention chirurgicale.

Même auteur donne des résultats suivants. En 1906, parmi 28 cas traités, 16 étaient ensuite irradiés, de ces malades 43 % guéri, 31 % améliorés, 25 % morts.

En 1920 sur 155 cas 53 ont été opérés et irradiés ensuite par les R.X.

Parmi les malades ayant subi le double traitement : 64 % guéri, 30 % améliorés, 5,7 % morts.

Dans les cas uniquement traités par les rayons X. : 55,8 % guéris, 40,2 % améliorés, 4 % morts.

Si on décompose ces résultats selon les formes anatomo-cliniques on aura :

Forme fibro-adhésive : 57 cas. 52,6% guéris, 42,2% améliorés, 5,2 % morts.

Forme ascitique : 45 cas. 60% guéris, 37,8% améliorés, 2,2 % morts.

En 1914-1917 M. E. Albert Weil à l'Hôpital Trousseau fait des irradiations aux petits malades et obtient

la guérison totale dans tous les cas où il n'y avait pas généralisation pulmonaire ou cachexie trop accentuée.

Jungling affirme avec raison qu'il ne faut pas priver aucun malade du traitement par les R. X. Sous le prétexte qu'il n'a aucune chance de succès.

Iselin, cité par Jungling, note 50 % de guérisons dont les 2/3 revues après trois ans.

Rapp sur 12 malades a pu guérir 11 complètement, dont 1 qui était atteint de tuberculose généralisée, cependant il ne prétend pas que la tuberculose pulmonaire soit guérie sous l'action des R. X.

Parisins a noté sur 40 cas traités :

Forme fibro-casseuse : guérison 9, amélioration 6, échecs 5.

Forme exsudative : guérison 10, amélioration 5, échecs 5.

Stepp et Wirth ont enregistré 20 guérisons sur 20 cas traités.

D'après eux cette thérapeutique est une des plus radicales de la médecine, dans les cas où la péritonite ne s'accompagne d'aucune atteinte pulmonaire grave.

Les formes adhésives nodulaires sont accessibles aussi bien que les formes exsudatives.

M. Solomon apporte à son tour à la suite de ces auteurs une statistique de 6 guérisons sur 6 cas traités.

Brasset en 1921 a donné les chiffres suivants :

54 % guérison, 23 % amélioration, 23 % non influencés.

W. Lang présente en 1922, les observations de 44 cas de tuberculose urogénitale et péritonéale. Dans 12

cas on employa exclusivement la Roentgenthérapie (dose de castration, rayonnement très pénétrante et très filtrée). Cet auteur a noté des résultats tout à fait satisfaisants. Selon lui la technique actuelle de la Roentgenthérapie permet de dire qu'elle est dépourvue de tout danger ce qui n'est pas le cas pour la méthode chirurgicale. La Roentgenthérapie est la plus efficace des méthodes thérapeutiques utilisées dans le traitement de ces affections.

Une statistique intéressante de Vogt d'après Prof. Gauss de Fribourg : « Le traitement de la tuberculose génitale et péritonéale chez la femme :

33 % de guérisons avec un traitement médical,

30 % de guérisons avec un traitement chirurgical,

80 % de guérisons avec un traitement radithérap.

Remarquons ici que l'action des R. X. sur les ovaires est très nette ; il faut songer de la stérilité d'une femme d'autant plus que la péritonite tuberculeuse est beaucoup plus fréquente chez la femme. Mais ce n'est pas toujours que la stérilité est consécutive à l'action de R.X., elle peut être une des complications de la maladie. L'ascite dite essentielle des jeunes filles est très souvent un point de départ génital tubo-ovarique et les lésions ovariennes ou tubaires sont suffisantes à expliquer cette stérilité.

En 1926, O. Gragert a traité 44 cas et a obtenu 22 cas de guérison et dans 9 cas amélioration, dans 8 cas il n'a pas pu obtenir des renseignements ; enfin sur ces 44 cas l'auteur a eu 5 cas de mort, 4 par tuberculose pulmonaire et 1 par fistule stercorale.

S. Sessa de Milan après avoir relaté 10 observations de péritonite tuberculeuse croit pouvoir dire que tous les malades ont efficacement réagi à ce moyen de traitement, il a pu noter la régression de l'ascite, la réduction des masses ganglionnaires, l'abaissement de la température, l'amélioration de l'état général et des troubles gastro-intestinaux.

Enfin pour terminer signalons qu'en 1933, Marquet de Lorient se proposa d'exciter par les R. X. les glandes à sécrétations internes. 8 cas de péritonite ainsi traités ont donné 2 insuccès et 6 guérisons complètes et rapides en 2-12 séances.

Tous les auteurs cités ci-dessus sont presque d'accord sur la durée et la façon d'évolution de la péritonite bacillaire traitée par les R. X. Comparativement aux autres malades bacillaires, l'amélioration dans la péritonite tuberculeuse est rapide.

Après 3-4 séances de R. X. la température tombe, l'ascite regresse, les gateaux péritonéaux diminuent, l'appétit et les forces reviennent.

Bircher a vu en trois mois 75 % des ses malades guéris.

Les 11 malades de Rapp ont guéris après 6-10 mois avec un retour à une santé excellente.

D'après M. Solomon la guérison est plus lente à se produire dans les formes adhésives que dans les formes exudatives.

Dans certains cas l'évolution se prolonge pendant des années et arrive à la guérison.

TECHNIQUE.

Les auteurs allemands conseillent l'application de la «dose tuberculeuse» (400 r) correspondant à 50 % de la dose d'érythème (800 r).

M. Solomon se soulève contre les doses excessives car d'après lui le processus cytologique perd alors son caractère électif, on peut obtenir une nécrobiose massive et la défense conjonctive ne peut plus s'organiser.

La technique établie par M. Solomon est la suivante :

Nous donnons le plus généralement une dose de 500 R par champs une ou deux fois par semaine. Le nombre de champs est variable suivant l'étendu des lésions : 2 champs de 16 x 16 sous ombilicaux permettent d'obtenir une irradiation correcte du petit bassin. S'il y a une participation péritonéale plus étendue, nous ajoutons deux champs sus-ombilicaux. Parfois nous ajoutons deux champs postérieurs lombaires aux champs sous-ombilicaux.

La distance focale est de 30 cm., la tension de 150-180 k.w., le filtre de 0,5 Cu + 2 Al. Nous donnons une dose totale de 4000-6000 R par champs étalée sur 6-8 semaines.

Une deuxième série d'irradiations semblables est administrée deux mois après la fin de la première s'il est nécessaire.

ACCIDENTS DE ROENTGENTHÉRAPIE.

Nous avons constaté que les accidents de radiodermite qui faisaient autrefois redouter l'emploi des rayons X sont aujourd'hui devenus extrêmement rares depuis que les instruments de mesure pratiques permettent de connaître les doses utilisées.

Les causes qui pourraient expliquer actuellement de semblables accidents : oubli des filtres, cupules insuffisamment protectrices, examens trop prolongés ou trop répétés, recoupements des champs en surface, erreurs de mesures ionométriques, sont des fautes de technique que tout radiologiste averti doit éviter.

OBSERVATIONS.

Dans ce travail pour mettre bien en évidence les faits et d'une façon aussi objective que possible, je me suis borné à énumérer les observations des malades qui ont pu être suivis.

Une statistique complète des cas observés au Laboratoire central de Saint-Antoine n'est pas possible pour les raisons suivantes :

Parmi le nombre important de malades soignés au laboratoire central de Radiologie de l'hôpital Saint-Antoine presque la moitié de ces malades ont abandonné leur traitement après quelques séances.

Dans l'autre moitié beaucoup de malades ne donnent pas leur adresse exacte et nous nous trouvons dans l'impossibilité d'avoir les renseignements nécessaires sur leur état de santé.

Seulement un petit nombre de malades a été suivi pendant un temps variant de 1 an à 10 ans.

Nous invitons donc tous les lecteurs de cette thèse de croire à l'exactitude et à la sincérité des résultats que nous publions.

CAS GUÉRIS PAR LES U.V.

Observation n° 1. — 3267. — Mme P..., âgée de 37 ans, pelletière, adressée le 28 juillet 1926 par le Dr. Brocq.

Laparatomie faite dans le service du Dr. Lejard. 1 mois après l'opération, une série de U.V. (15 séances). Dans la période 28 juillet 26-10 septembre 26. Amélioration très sensible. Reprise de 4 kilogr. Réapparition des règles disparues depuis 4 mois.

Encore deux séries de 15 séances : 12 janvier 1927-12 février 1927. — 23 avril 1929-30 mai 1929.

Malade a été revue le 12 aout 1929.

Malade se porte bien. Aucun signe clinique de péritonite. Guérison.

Observation n° 2. — 8847. — Mme C..., 46 ans, secrétaire, adressée le 20 décembre 1930 par le Dr. Brocq.

Péritonite constatée à l'occasion d'une appendicite. Laparatomie médiane. Après la première série de 15 séances, une amélioration assez marquée.

Deuxième série au mois de mai 1931. Bon état général.

Observation n° 3. — 5800. — M. P..., 20 ans, mécanicien, adressé le 11 février 1928 par la consultation de chirurgie. Tuberculose pleuro-péritonéale. Radiographie montre : symphyse de la base droite. Jeu du diaphragme droit réduit. Voile du sommet correspondant.

Deux séries des U.V. :

1°) 13-II—21-III-28.

2°) 20-IV—23-V-28.

Malade a été revu le 7 juin 1928.

Abdomen souple, non douloureux à la palpation. Pas de température.

Observation n° 4. — 6399. Mlle C..., 31 ans. Ventre douloureux. Induration diffuse sans liquide appréciable. Règles irrégulières. 3 nov. 1928, après 15 séances des U.V. se porte bien. Augmente de poids. Règles très améliorées.

Observation n° 5. — 6767. — M. B..., 32 ans. Gâteaux pentonéaux. Ventre douloureux.

Série de 8-I-29—9-2-29 — 15 séances.

— 4-IV—13-5-29 — 15 séances.

21 juin 1929. Examen radioscopique ne montre rien. Pas de signes cliniques. Guérison.

Observation n° 6. — 6370. — Mme B..., 25 ans, adressée par le Dr. Bredin le 22 juin 1928. Masse abdominale dure et mobile. Le toucher montre la présence d'une masse volumineuse solidaire de la masse utéro-ovarienne. 15 séances des U.V., 18 septembre 1928. Guérison.

Observation n° 7. — 8077 — Mme B..., 30 ans, ménagère. Adressée par la consultation de médecine de l'hôpital. Ventre douloureux au palper. Présence des gâteaux péritonéaux surtout dans la fosse iliaque gauche.

15 séances des U.V.

2 juin 1930. Persistance d'un seul gâteau. Encore une série des U.V. Amélioration ou guérison.

Observation n° 8. — 3708 Mme C..., 43 ans. Lingère, envoyée par le Dr. Brocq. Péritonite φ avec légère ascite. Première série des U.V. 21-I—23-II-27.
Deuxième série des U.V. 23-III-27—28-IV-27.
Troisième série des U.V. 23-V-27—28-VI-27.
Malade revue dix ans après. Guérison.

Observation n° 9. — Mme L..., 28 ans. Consulte le 25 avril 1930. Laparatomie exploratrice faite par le Dr. Millet.

21 juillet 1930, après 15 séances des U.V. Ventre souple. Bon état général.

15 août 1930. Souffre encore légèrement. Encore une série des U.V.

4 novembre 1930. Ventre souple. Aucun signe de péritonite. Guérison.

Observation n° 10. — 10370 — M. R..., 18 ans, imprimeur. Adressé par le Dr. Millet le 11 avril 1932. Péritonite φ avec une crise d'occlusion il y a 6 semaines.

15 séances des U.V. suivies de guérison. Revu le 26 octobre 1936. Radiographie et lavement opaque ne montrent rien d'anormal. Guérison.

Observation n° 11. — 7142. Mme D. I..., 29 ans. Sténodactylo. Adressée par prof. Lejars, 23-5-29. Malade opérée pour une appendicite. Pendant l'opération on constate des granulations sur le péritoine. 15 séances des U.V.

13 août 1929. Malade a repris le poids. Ne souffre plus. Ventre souple. Règles régulières. Guérison,

Observation n° 12. — 3267 — Mme P. 37 ans. Pelletière. Adressée par le Dr. Brocq. Péritonite constatée à laparatomie faite dans le service du Dr. Lejars.

Première série 8-7—10-9-26.

Deuxième série 12-I—12-II-27.

Troisième série 23-IV—30-V-29.

Amélioration marquée après chaque série et la guérison à la suite.

Observation n° 13. — 11920. — Mme J..., 23 ans. Adressée par le Prof. Grégoire. Péritonite constatée à l'opération pour hystérectomie totale. Gros ventre.

15 séances des U.V. Ventre diminué de volume. Bon état général. Guérison.

AMÉLIORATION PAR LES U.V.

Observation n° 1. — Mme R..., âgée de 31 ans. Adressée le 8 octobre 1936 par le Dr. Brechot. Opérée le 21 septembre 1936 pour une appendicite. Laparatomie médiane sus-ombilicale. Ouverture difficile, découverte d'anses grêles agglutinées et sur lesquelles existent des granulations tuberculeuses.

Utérus est masqué par des adhérences serrées entre la vessie et le colon sigmoïde. 15 séances de U.V.

Malade a été revue le 27 janvier 1937. Pas de douleurs. Pas de température. Ventre assez souple. Légère induration iodopneumonique. Amélioration très marquée.

Observation n° 2. — 7826 — Mme F..., 24 ans, ménagère. Adressée le 25 janvier 1930 par le Dr. Pagnez.

Ventre tendu, à la partie inférieure de l'abdomen, près de la fosse iliaque droite on sent un empâtement diffus ressemblant à un gâteau péritonéal. Pas de règles ce mois-ci.

Au toucher masse utéro-ovarienne douloureuse, cul-de-sac droit un peu saillant.

15 séances des U. V. Amélioration. Ventre beaucoup moins sensible.

27-3-30, encore une série de 15 séances. Amélioration encore plus marquée.

Observation n° 3. — 8875. — M. R..., 42 ans, adressé par Dr. Hamburger. Ballonnement du ventre. Douleurs abdominales datant 2-3 ans. Pas d'ascite.

Après 15 séances des U. V. Très amélioré.

CAS GUÉRIS PAR LES U. V. ET R. X.

Observation n° 1. — 7500. — M. M..., 20 ans, adressé le 11 octobre 1929 par Dr. Faure Beaulieu.

Début de l'affection il y a deux mois par des phénomènes fébriles, ensuite pleurésie de la base droite et péritonite. Actuellement est apyrétique, empâtement dur de toute la région sus-ombilicale.

23 décembre 1929, après 15 séances des U. V. Amélioration considérable de l'état général. Persistance des gateaux péritonéaux importante dans les deux fosses réaques. Nous décidons le R. X.

Le 26 février 1930, après 9 séances des R. X. Persistance d'une masse volumineuse péri-ombicale, mobile sur

le plan profond. Continuer le traitement. Encore 10 séances du 3 mars 1930 au 10 avril 1930.

Malade se présente à la consultation le 3 mai 1930. Disparition des gateaux péritonéaux signalés. Persistance d'une petite induration péri-ombilicale.

Malade mène la vie normale. Peut travailler sans difficulté.

Observation n° 2. — 6465. — M. C..., 39 ans. Adressé le 15 septembre 1928, par le Dr. Comte.

Amputation de la cuisse droite en 1912, pour une tumeur blanche du genou. Accidents d'occlusion qui ont nécessité une intervention chirurgicale quelques jours après.

Actuellement ventre ballonné, douloureux, au palper. Défense musculaire importante. Sensation des gateaux péritonéaux dans la fosse iliaque droite.

Après 20 séances des R. X. Nous avons constaté une amélioration importante. Il reste encore une légère induration dans la fosse iliaque droite.

Après une série de U. V. que le malade reçoit ensuite. Disparition de tous les phénomènes morbides.

Observation n° 3 — 10135. — Mlle C..., 21 ans, Corse-tière. Adressée par Dr, Weissmann.

Malade présente une ascite avec fièvre vespérale. Règles presque nulles.

1 février 1932-14 mars 1932, 7 séance des R. X.

21 novembre 1932-21 décembre 1932, 15 séances des U. V.

21 décembre 1932, ventre souple, malade ne souffre plus. Guérison.

CAS NON GUÉRIS PAR LES R.X. ET U.V.

Observation n° 1. — 16626 — M. L..., âgé de 24 ans, Adressé dans le service le 22 juin 1936. Amaigrissement, mauvais état général. Coliques, diarrhée. Ventre sensible. Radiographie pulmonaire ne montre aucune condensation pulmonaire.

8 séances de R.X. de 500 R.

27 août 1936. — Météorisme, diarrhée, petite sensation de flot, liquide en faible quantité. Faire 10 séances des U.V.

28 septembre 1936. Il persiste un liquide ascitique, diarrhée. Prescription d'extrait thébaïque. Malade ne revient plus.

CAS GUÉRIS PAR LES R.X.

Observation n° 1. — 6820. — Mme G..., 19 ans, plongeuse. Adressée le 31 janvier 1929 par le Dr. Pagniez. Péritonite à forme ascitique.

Le 9 mars 1929, après 15 séances des U.V., aucune modification perceptible.

Le 8 avril 1929, le toucher vaginal montre un utérus fixé, cul de sac gauche libre. Dans le cul de sac droit une masse douloureuse persistante soudée à l'utérus. Le palper montre une matité de l'abdomen, mais il ne semble pas qu'il ait de l'ascite (forme bacillose génito-péritonéale). Traitée par les R.X.

2 champs de 16×16 500 R. par séance et par champs. Malade a fait 16 séances 9.500 K en tout.

Revue le 8 janvier 1930. Guérison locale. Radiographie montre une condensation dans la région sous-claviculaire droite.

Observation n° 2. — 10083 — M. C..., 20 ans, ébéniste. Se présente à la consultation le 16-I-32. Grosse ascite. Température vespérale. Mauvais état général.

8 mars 1932, après 16 séances de R.X. Assèchement complet du péritoine. Disparition de la fièvre. Guérison locale.

11 mars 1932. Radiographie montre la présence d'un épanchement de la plèvre droite. Irradiations thoraciques suivies de guérison.

Observation n° 3. — 8605 — M. H..., 37 ans, emballeur. Adressé par le Dr. Ramon le 9 octobre 1930. Ventre volumineux. Légère ascite. Masses volumineuses épiploïques.

Première série des R.X. 11-10-30—7-I-31 — 10.000R.

Deuxième série des R.X. 12-8—15-9 — 4.000R.

17-2-32, guérison.

Revu le 28 novembre 1933. Ventre souple. Ne présente aucun signe de localisation péritonéale. Marche évolutive d'une affection pulmonaire.

Observation n° 4. — 15835 — M. F..., 22 ans, manoeuvre. Consulte le 29 janvier 1936.

Péritonite ϕ avec ascite abondante. Après 5 séances, très amélioré. Diminution de l'ascite. Interruption pour 20

jours par un abcès perdhéal. Continue jusqu'à 16 séances 8.000 R. en tout. Guérison.

Observation n° 5. — 13006 — Mme B..., 52 ans. Adressée par le Dr. Cain le 9 avril 1934. Malade traitée pour un épanchement pleural. Actuellement réaction abdominale avec un gros foie. Cessation des règles depuis fin 1933. Au toucher : petite masse dans le cul de sac de Douglas. Douleurs à la pression. Annexité probable. Ascite vérifiée par la ponction.

Après 11 séances des R.X. Pas de douleurs. Ventre souple, pas d'ascite. Guérison.

Observation n° 6. — 10010 — Mme B..., 42 ans. Adressée par le Dr. Broux le 22-XII-31.

Malade opérée pour salpingite, on constate alors une péritonite φ . A la palpation on note une masse dans la fosse iliaque droite.

5.000 R, 2 séances par semaine. Malade revue le 21 mars 1935. Guérison.

Observation n° 7. — 2989 — Mme F..., 24 ans, ménagère. Adressée par le Dr. Gueulette le 4 mai 1926. Opérée le 14 avril 1926. La laparatomie a montré la péritonite φ . Douleurs abdominales continues.

Première série 4 mai-15 juin 1926 — 6.000 R.

Deuxième série 29 juin-10 août 1926 — 7.000 R.

1-2-27, ventre souple, suppression des règles. Quelques douleurs lombaires, mais pas de douleurs abdominales. Repris du poids.

Le 25 août 1927, une série des U.V.
7 décembre 1936 (10 ans après) guérison.

Observation n° 8. — 9257. — Mme P..., 40 ans. Adressée le 8 mai 1931 par le Dr. Ramond. Masse fibro-caséuses douloureuses dans la fosse iliaque gauche. Hyperthermie. Le 28 sept. 1931. Amélioration après une série des U.V. de 15 séances.

24 mai 1933. Douleurs violentes au ventre. Palpation ne montre aucune masse perceptible. Examen de l'intestin fait à l'hôpital Bichat a montré un dolico-colon pelvien.

Faire encore une série des U.V. 7 mai 1934. Malade souffre beaucoup moins. Persistance d'un cordon douloureux répondant au descendant.

11 mai 34. Radiographie montre un remplissage incomplet de la portion iliaque du colon descendant.

22 août 34. Actuellement la malade fait de l'héliothérapie. Règles normales.

15 octobre 34. Actuellement la malade se plaint de diarrhée et de douleurs abdominales.

22 octobre. Dr. Braine constate une annexite, masse de volume d'une noix.

9 Janvier 35. A traiter par les R.X. 20 séances de 500 R. les champs suspubiens et sacrés.

28 mars 35. Palpation de la fosse iliaque droite ne révèle rien de suspect. Toucher sensible.

9 juillet 35. Amenorrhée. Culs de sacs souples. Très bon état général.

15 janvier 37. Radiographie ne montre aucune ano-

malie au niveau de l'intestin. Bon état général. Guérison persistante.

Observation n° 9. — Malade traitée par Dr. Jaudel. . .
Mme C..., envoyée par son chirurgien. Salpingo-ovarite gauche. Nombreux gâteaux péritonéaux. Cul de sac latéral gauche douloureux. Douglas effacé. Douleurs irradiant vers le territoire crural.

A été traitée du 16-2-36 au 30-4-36.

10 séances de R.X. — Diathermie.

Revue en février 1937. Aucune douleur. Pas de gâteaux. Aucune perte. Bien réglée.

Observation n° 10. — Malade traité par Dr. Jaudel. —
M. L. âgé de 35 ans. Orchite ulcérée bilatérale avec de grosses indurations péritonéales. Opéré d'un rein tuberculeux en 1921.

Traité de 29-I-36 à 27-III-36. 10 séances de R.X.

Guérison complète. Ventre souple. Ulcérations des testicules cicatrisées.

Observation n° 11. — Malade traitée par Dr. Solomon.
Mme H..., 32 ans. 19 juillet 1930. Examen : péritonite bacillaire avec grosse ascite. Petit épanchement à la base pulmonaire droite. Malade présente une température oscillante depuis plusieurs semaines.

Antécédants : Enfant mort récemment de granulie.

Malade a reçu 6 séances de rayons X. Mais pour une poussée de température le traitement est jugé insuffisant et a été interrompu sur l'ordre de plusieurs médecins.

Malade a été revue deux mois après sans qu'aucun autre traitement n'ait été appliqué. Disparition de l'ascite et de la pleurésie. Disparition de la température. Amenorrhée.

Observation n° 12. — 10287 — Mlle L..., âgée de 16 ans, adressée le 17 mars 1932 par le Dr. Cain. Gros gâteaux épiploïques occupant la région sus-pubienne et la fosse iliaque droite. Toucher rectal — pas de lésions annexielles appréciables. Laparatomie et U.V. sans effet. 20 séances de R.X. 5.000R. par champs filtre 5 mm. d'aluminium.

Dans la période 29-3-32—31-5-32.

Malade examinée le 29-5-33, grande amélioration locale. 3-II-36, très bon état général. Poids 58 kilogr.

Guérison complète et persistante.

Observation n° 13. — *Malade du Dr. Guillaumont.* —

Mme L..., 58 ans. Laparatomie 8 ans auparavant pour annexité d'origine probablement bacillaire. Depuis cette époque, fistules de la paroi abdominale, au nombre de quatre. Violentes douleurs abdominales ; parfois symptômes de subocclusion. Le 7 novembre 1933. Ultra-violets, lampe à arc, prescrits par son médecin traitant, sans amélioration notable.

Le 27 février 1934, radiothérapie 2 champs abdominaux, 2 champs lombaires, chacun de 16×16 , 180 K.W. 0,5 Cu et 2 mm. d'Al.

12.000 R. ont été donnés en tout, jusqu'au 18 mai 1934.

Au cours du traitement amélioration notable.

La malade revue 6 mois plus tard et 2 ans après est

complètement guérie ; tout au moins, elle ne souffre plus et les fistules ont cessé de couler.

CAS NON GUÉRI PAR LES R.X.

Obsrevation n° 1. — 13536 — Mme F..., 33 ans.

27 août 1934. Péritonite φ . Hysterectomie. Lésions pulmonaires importantes.

Première série : août-novembre, 8 séances des R.X.

Deuxième série : Janvier-mars 1935, 11 séances —

Troisième série : Juin juillet 8 séances.

Etat général s'empire.

CONCLUSIONS.

Des considérations qui précèdent nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° La Roentgenthérapie mérite une place de premier rang dans le traitement de la péritonite tuberculeuse, elle agit par hyperplasie du tissu fibreux et par destruction des éléments cellulaires lymphatiques et épithélioïdes des follicules tuberculeux.

2° La Roentgenthérapie n'est pas toujours nécessaire dans les formes ascitiques bénignes de la maladie et surtout chez la femme ; ces formes guérissent par une cure d'héliothérapie naturelle ou artificielle.

3° Les R.X. sont indiqués dans toutes les autres formes de la péritonite tuberculeuse et dans les formes ascitiques qui ont paru résister au traitement précédent.

4° Les R.X. est le seul traitement dans les formes cachectiques avec température, anorexie, amaigrissement. Il faut faire dès le début de la radiothérapie, sans perdre le temps en recherche d'un traitement problématique, car tout autre traitement est rarement efficace.

5° Le traitement des fistules, soit spontanées, soit post-opératoires donne des résultats très favorables.

6° L'intervention chirurgicale seulement dans les accidents de sténose ou dans les cas de suppurations locales collectées.

7° Il ne faut pas oublier qu'il s'agit d'un traitement local, les rayons X agissent en augmentant indirectement la défense conjonctive contre les bacilles de Koch; il y a donc lieu de les associer, si c'est possible, au traitement diététique et climatique.

Vu : *Le Doyen,*

G. ROUSSY.

Vu : *Le Président de la Thèse,*

LOEPER

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE.

AUSSET et BEDART. — Nouveaux cas de péritonite chronique tuberculeuse traitée avec succès par les R.X. (Bull. Soc. centr. de méd. du Nord. Lille 1899-III-p.415-421. Echo médical du Nord (Lille) 1899-III, p. 604-606).

— Péritonite chronique tuberculeuse traitée successivement et sans résultat par les moyens habituels, radiothérapie. Guérison consécutive. (Bull. Soc. centr. de méd. du Nord (Lille) 1896. 2° ser. II. 279-287. Echo méd. du Nord, Lille 1898-II. p. 555-557).

BLANCHIANI (E. et H.). — Mode d'action biologique de rayons ultra-violets (Journal médical français. septembre 1925).

BRADY. — Thèse de Paris 1926.

BIRCHER E. — Traitement de la péritonite tuberculeuse par la Roentgenthérapie (Thèse Bâle 1906-1907).

COTTENOT. — Radiothérapie. Collection Sergent.

COLIEZ Robert. — Bul. de l'hôpital St.-Michel, janvier 1930, p. 11-17.

DOMINICI et CHÉRON. — Traitement radiothérapique des tuberculoses profondes extra-pulmonaires.

DELORE et CHARLIER. — Tuberculose génitale. Paris 1920.

DEPUIS. — Thèse de Paris 1936.

- FORGUE. — Précis de Pathologie externe.
- GASSUEL Robert. — Rôme, 1 vol. p. 128. 1923.
- GIBERT Paul. — Rœentgenthérapie des annexités tuberculeuses (Journal de Radiologie 1932).
- GRAGERT. O. — (Graefinwald. Strahlentherapie Bd. XXIII, H. 3, 1926, p. 594-605).
- HABERLAND et KLEIN. — Cologne (Munchener medicinisch Wochenschrift LXVIII, N° 33. 19 août 1921, p. 1049).
- JUNGLING Otto. — (Röntgenbehandlung chirurgischer Krankheiten. Leipzig 1924).
- LANG W. — (Giessen Strahlentherapie. Bd XIV, H. 1. 1927, p. 126).
- LACROIX Antoine. — Traitement actuel des péritonites tuberculeuses (Revue de vulgarisation des sciences médicales, mai 1930, p. 1.
- MARWAUD. — Thèse de Paris 1926.
- MARGUET (Lorient). — Essai de traitement de la péritonite tuberculeuse. (Les cahiers de Radiologie. Mai 1933).
- PRUVOST. — Héliothérapie.
- ORY. — Le traitement de la péritonite tuberculeuse. (Ann. Inst. d'actinothérapie. Mars 1932).
- LOUDIN et ZIMMERN. — Radiothérapie. Paris 1908.
- RAPP. — Rœntgenthérapie. 1920.
- ROLLIER. — Journal de Radiologie 1920. p. 290.
- SAUVÉ. — Le traitement des péritonites tuberculeuses. (Progrès médical, janvier 1912).
- Journal médical français, juillet 1924.
- SESSA P. — Milan 1922. La radiologia medica. Vol. IX, fasc. 2. p. 44-52.

SAIDEMAN. — Polyradiothérapie. (Journ. med. français. septembre 1925).

SOLOMON J. — Radiothérapie profonde. Paris 1923. Masson.
— Traité de radiothérapie pénétrante. Paris 1926. Masson.

SALKIN D. et HOPEMONT W. — Pneumoperitoneum in intestinal tuberculosis-appraisal of various Therapeutic procedures (American Review of Tuberculosis. New-York 33 : 435-584. avril 1931.

VOGT. — Strahlentherapie. Bd XIII, H. 3. 1922.

WEIL. Albert. — Traitement radiothérapique des péritonites tuberculeuses. (Paris-Médical 1917, n° 41).

WAGNER G.H. — (Prague. Strahlentherapie Bd. XXVIII, H. 4. 1928. p. 759-761).

TABLE DES MATIERES.

Introduction et Historique	9
Etiologie, Pathologie, forme clinique et leur traitement respectif	15
Röntgenthérapie des Péritonites tuberculeuses	22
Technique	27
Observations	29
Conclusions	43
Bibliographie	45

